

Sygn. akt IV C 971/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 września 2014 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie Wydział IV Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: **S S O Tomasz Jaskłowski**

Protokolant: sekretarz sądowy Anna Kowalska

Po rozpoznaniu w dniu 17 września 2014 r. w **W a r s z a w i e**

na rozprawie

sprawy z powództwa **Szpitala (...) im. prof. dr med. J. B. SPZOZ z siedzibą w W.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w W.**

o 251 594,22 zł

1. powództwo oddała;
2. zasądza od Szpitala (...) im. prof. dr med. J. B. SPZOZ z siedzibą w W. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. 7 217 zł (siedem tysięcy dwieście siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

IV C 971/13

UZASADNIENIE

Powód **Szpital (...). Dr med. J. B. SPZOZ** z siedzibą w W. wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 251 594,22 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 19 marca 2013 r. do dnia zapłaty.

Pozwany **Narodowy Fundusz Zdrowia** wniósł o **oddalenie** powództwa (k-604-616).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny.

Dnia 30 stycznia 2009 r. zawarta została, pomiędzy stronami umowa Nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne na okres od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. (k- 17-22).

Powodowy Szpital przystąpił do realizacji omawianej umowy. W trakcie obowiązywania umowy, w dniu 11 marca 2011 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 40, poz. 212) z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2011 r. Załącznikiem do tego rozporządzenia zmienione zostały wymagania formalne, jakie winien spełniać świadczeniodawca, w przypadku leczenia oparzeń lub odmrożeń ekstremalnych, ciężkich i średnich z zabiegiem chirurgicznym. Z uwagi na zmianę wymienionego wyżej rozporządzenie Prezes NFZ opublikował w dniu 6 kwietnia 2011 r. zarządzenie NR (...) zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju; leczenie szpitalne (k- 75-76). Zarządzenie to weszło w życie dnia 1 kwietnia 2011 r. Zmiana przepisów nie uwzględniała specyfiki leczenia oparzeń u dzieci. Omawiane rozporządzenie, nie zawierało ponadto przepisów

prześciowych regulujących które przepisy, nowe czy stare, należy stosować do umów zawartych przed wejściem w życie zmiany. W tej sytuacji zgodnie z ogólną zasadą zastosowanie miały nowe przepisy.

Zasadnicza zmiana obowiązujących przepisów dotyczyła wymogu posiadania w strukturze szpitala całodobowego oddziału rehabilitacyjnego. Powodowy Szpital warunku tego nie spełniał z uwagi na fakt, że jest to szpital zajmujący się leczeniem dzieci.

W okresie obowiązywania umowy pomiędzy stronami w powodowym szpitalu hospitalizowano od dnia 2 kwietnia do dnia 4 maja 2011 r. **M. P. (1)**, od dnia 12 kwietnia 2011 r. do dnia 20 kwietnia 2011 r. **P. Ż. (1)** i od dnia 26 czerwca 2011 r. do dnia 5 sierpnia 2011 r. **G. K.**

Szpital na rzecz tych pacjentów wykonał, przewidziane w umowie z NFZ, świadczenia medyczne. Powstał jednak problem z rozliczeniem zapłaty za leczenie tych dzieci w związku ze zmianą omówionych wyżej przepisów. NFZ początkowo umożliwił rozliczenie hospitalizacji małoletnich pacjentów poprzez JGP (Jednorodne Grupy Pacjentów) ; j22, j23 i j24. Jednak pismem z dnia 12 września 2011 r. (k- 367) NFZ wezwał Powoda do dokonania korekty udzielonych świadczeń wobec niespełnienia warunków dodatkowych wymaganych dla realizacji i rozliczenia ciężkich oparzeń poprzez grupy JGP. Szpital bowiem nie posiadał, wymaganego przepisami, całodobowego oddziału rehabilitacyjnego., banku tkanek i komórek, hodowli tkankowych, oddziału rehabilitacyjnego dla dzieci (kod; 4301) lub oddziału rehabilitacyjnego narządu ruchu dla dzieci (kod;4303), co najmniej 3 stanowisk intensywnej opieki oparzeń, udokumentowanego co najmniej zapewnienia dostępu do banku tkanek i komórek i udokumentowanego co najmniej zapewnienia dostępu do hodowli tkankowych.

Ze względu zatem na brak spełnienia przez Powoda opisanych wyżej wymagań, z powodu niezależnego od NFZ (bo z powodu zmiany przepisów) rozliczenie wskazanych w pozwie hospitalizacji przez grupy JGP J22-J26, udzielonych po 1 kwietnia 2011 r. nie było możliwe.

Przed 1 kwietnia 2011 r. świadczenia związane z leczeniem ciężkich oparzeń u dzieci rozliczane były poprzez odpowiednie grupy JGP (j22, J23 lub J24). Wycena tych grup kształtowała się na poziomie 631- 1137 punktów, co dawało kwotę wynagrodzenia za te świadczenia medyczne w przedziale **od 32 181, 00 zł do 57 987,00 zł**. Po zmianie przepisów najbardziej zbliżoną grupą JGP do rozliczenia ciężkich oparzeń u dzieci była grupa J27. Grupa ta wyceniana była jednak na 84 punkty, co dawało kwotę 4 284,00 zł za świadczenie. Była to jednak, w ocenie NFZ, kwota niewspółmierną do kosztów ponoszonych przez szpitale. Z tych powodów świadczeniodawcy w tego typu przypadkach występowali o rozliczenie omawianych świadczeń w oparciu o § 22 ust. 1 pkt 1 Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne Nr (...) (Zarządzenie to było pięciokrotnie zmieniane (k- 607 i 637-681). Przepis ten dotyczył przypadków szczególnych, wymagających szczególnego leczenia i dawał możliwość tzw. rozliczenia za zgodą płatnika to jest po wyrażeniu indywidualnej zgody przez dyrektora Oddziału (...). Przypadki dotyczące omawianych pacjentów nie były przypadkami szczególnymi. Ponieważ jednak nie było możliwości rozliczenia ich według poprzednio obowiązujących przepisów a przepisy obecnie obowiązujące przewidywały stawkę niewspółmiernie niską w stosunku do kosztów, zdecydowano się na zastosowanie rozliczenia według zasad szczególnych.

W omawianej sprawie pierwsze wnioski o rozliczenie świadczeń złożone zostały do NFZ dnia 10 października 2011 r. Z powodu jednak wskazania do rozliczenia tych wniosków grup JGP – J22, J23, J24, NFZ odpowiedział negatywnie. Szpital nie spełniał bowiem kryteriów do zastosowania tych grup (decyzja z 24 i 27 X 2011).

Kolejne wnioski dotyczące finansowania leczenia dwanaściorga dzieci, tym razem w trybie § 22 Zarządzenia, wpłynęły do NFZ 15 grudnia 2011 r. Tylko jednak dwa z spośród tych wniosków spełniały wymagane kryteria i zostały częściowo załatwione pozytywnie. Dotyczyło to **P. Ż. (2)** za leczenie którego przyznano 17 639,97 zł (szpital wnioskował o kwotę 62 688,93 zł w tym koszty medyczne 10 756,77 zł i pozamedyczne 51 932,16 zł) oraz **G. K.** za leczenie której przyznano 39 703 zł (szpital wnioskował o kwotę 119 944,00 zł w tym koszty medyczne 27 208,02 zł i pozamedyczne 92 736,00 zł) (tabela k- 602).

Na skutek wniosku Powoda z kwietnia 2012 r. NFZ dokonał ponownej weryfikacji wniosków, które dotychczas nie uzyskały zgody na finansowanie. Do rozliczenia tych świadczeń przyjęto zasadę finansowania przez zgodę płatnika według wyceny punktowej obowiązującej w 2012 r. i po cenie punktu z 2011 r. W wyniku tej ponownej weryfikacji pozytywnie zaopiniowano 10 wniosków na łączną kwotę 214 002,11 zł.

Spośród omawianych 10 pozytywnie rozpoznanych wniosków rozpoznano również wniosek dotyczący **M. P. (2)**. W tym wypadku NFZ przyznał do wypłaty kwotę 28 815,00 zł. (tabela k- 610) Była to kwota wyższa niż rozpatrywana przy poprzedniej negatywnej weryfikacji wniosku dotyczącego M. P. (2). Przy pierwszej weryfikacji proponowano przyznanie kwoty 15 916,26 zł (szpital wnioskował o kwotę 68 962,02 zł w tym koszty medyczne 7 756,26 zł i pozamedyczne 61 205,76 zł).

Łącznie zatem za hospitalizację M. P. (1), P. Ż. (1) i G. K. NFZ przyznał finansowanie w wysokości 86 157,99 zł, przy wnioskowanych kosztach medycznych dotyczących tych pacjentów na poziomie 45 721,05 zł. Wszystkie zatem koszty medyczne dotyczące leczenia tych pacjentów zostały sfinansowane. NFZ odmówił natomiast sfinansowania kosztów pozamedycznych z tego powodu, że Powód nie określił, ani wówczas, ani w omawianej sprawie czego konkretnie koszty te dotyczyły i nie podał choćby przybliżonej kalkulacji wyliczenia tych kosztów. Poza powyższym w ocenie NFZ koszty pozamedyczne były wyliczone w sposób zdecydowanie wygórowany.

Powód nie zgodził się z wysokością przyznanego świadczenia i wystąpił z pozwem w omawianej sprawie domagając się zapłaty całej żądanej kwoty.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o dowody z cytowanych wyżej dokumentów.

Sąd oddalił zgłoszone w pozwie wnioski dowodowe, na tę okoliczność, że u Powoda stosowano w trakcie hospitalizacji najnowocześniejsze techniki i technologie leczenia, oraz na tę okoliczność, że świadczenia medyczne udzielone małoletnim pacjentom wskazanym w pozwie były świadczeniami udzielonymi w trybie art. 15 ustawy o działalności leczniczej, z uwagi na fakt że okoliczności które miały być potwierdzone tymi dowodami nie były sporne między stronami. Pozwany nie przeczył, że u Powoda stosowano w trakcie hospitalizacji najnowocześniejsze techniki i technologie leczenia, oraz że wykonane u omawianych pacjentów świadczenia medyczne dokonane zostały w sytuacjach ratujących życie. Nie to było bowiem przedmiotem sporu.

Przedmiotem sporu było bowiem ustalenie czy przedstawiona przez pozwanego kwota do zapłaty była kwotą właściwą.

Sąd oddalił również wniosek pełnomocnika Powoda o powołanie dowodu z opinii biegłego na okoliczność ustalenia zasadności poniesienia pozamedycznych kosztów przy świadczeniu omawianych usług medycznych w oparciu o treść art. 207 § 6 k.p.c. Poza powyższym w ocenie Sadu przeprowadzenie tego dowodu niczego nie wniosłoby do sprawy, o czym bliżej w dalszej części uzasadnienia.

Sąd Okręgowy zważył co następuje.

Reforma służby zdrowia z lata dziewięćdziesiątych, wprowadziła do systemu finansowania usług medycznych elementy rynkowe. Służba zdrowia przestała być finansowana bezpośrednio z budżetu państwa a zaczęła być finansowana za pośrednictwem będących państwowymi osobami prawnymi instytucji. Początkowo były to Kast Chorych a obecnie, po zmianach, NFZ. Pomiędzy placówkami medycznymi a NFZ zawierane są cywilno prawne umowy na mocy których placówka medyczna zobowiązuje się świadczyć opiekę zdrowotną a NFZ zobowiązuje się zapłacić za tą opiekę do wysokości ustalonej w umowie kwoty. Ceny świadczeń medycznych nie są w tym systemie, kształtowane na wolnym rynku. Zapłata za świadczenie medyczne ustalana jest w sposób odgórny przez NFZ w oparciu o stosowne rozporządzenia Ministra Zdrowia i zarządzenia Dyrektora NFZ. Określone świadczenia medyczne przyporządkowywane są do określonych grup. Za świadczenie z określonej grupy NFZ przyznaje określoną liczbę punktów. Następnie punkty te są przeliczane na złotówki według kursu za punkt obowiązującego w danym roku.

NFZ jako państwowa osoba prawna dysponująca funduszami pochodzącymi ze składki na ubezpieczenie zdrowotne płaconej przez obywateli RP. Z tych powodów NFZ nie może dysponować powierzonymi mu funduszami w sposób dowolny. Przeciwnie NFZ zobowiązane jest do gospodarowania powierzonymi mu środkami publicznymi ściśle według zasad określonych w obowiązujących przepisach. NFZ nie jest instytucją uprawnioną do oceny obowiązujących przepisów. NFZ ma zatem obowiązek stosować obowiązujące przepisy, nawet jak w omawianej sytuacji, gdy zmienione przepisu nie uwzględniają specyfiki świadczenia określonych usług medycznych.

W omawianej sprawie NFZ nie miał zatem możliwości zapłacić za świadczenia medyczne wykonane na rzecz omawianych pacjentów w oparciu o grupy, których kryteriów szpital nie spełniał.

Dodać należy, że dokonując kalkulacji przyznawania punktów za określoną usługę medyczną bierze się pod uwagę koszt wykonania tej usługi. Przy zapłacie jednak za daną usługę świadczeniodawca otrzymuje cenę według ustalonej stawki a nie według kalkulacji kosztów. Podobnie jest przy zakupie towaru czy usługi na rynku. Klient zakupując określony towar, czy korzystając z określonej usługi, płaci określoną cenę rynkową. Klient nie płaci natomiast za poszczególne koszty produkcji (np. za koszty pracy, koszty zużytych do produkcji materiałów, koszty zużytej energii itp.)

W omawianej sprawie skoro nie można było rozliczyć dokonanych przez Powoda świadczenia poprzez zaliczenie ich do określonej grupy JGP, to zasadnie NFZ zgodził się na rozliczenie tych świadczeń w oparciu o § 22 Zarządzenia, choć rozliczenie tych świadczeń w oparciu o ten przepis wymagało dokonania jego interpretacji rozszerzającej (omawiane przypadki nie do końca spełniały bowiem kryteria do rozliczenia w oparciu o ten paragraf).

Skoro jednak NFZ zdecydował się na rozliczenie omawianych świadczeń w oparciu o rozszerzającą wykładnię § 22, to nie mogło oznaczać, że nie będzie stosował ściśle unormowań w tym przepisie zawartych.

Zgodnie z treścią § 22 ust. 5 pkt 2 Zarządzenia świadczeniodawca wnioskując o finansowanie za zgodą płatnika obowiązany był przedstawić **szczegółową specyfikację kosztów** lub wykazać, że świadczenie dokonane było w warunkach określonych w ust 1 pkt 3 § 22 Zarządzenia.

Omawiane świadczenia nie były świadczeniami wykonanymi w warunkach określonych w ust 1 pkt 3 § 22. Powód miał zatem obowiązek przedstawić omawianą specyfikację. Powód nie przedstawił jednak takiej specyfikacji ani Pozwanemu przy wniosku, ani Sądowi przy pozwie. Dopuszczenie zatem dowodu z opinii biegłego nie było możliwe ponieważ omawianą specyfikację powinien był sporządzić Powód a nie liczyć na to, że to biegły za niego taką specyfikację stworzy. Powołanie biegłego mogłoby być zasadne tylko do oceny specyfikacji stworzonej przez Szpital.

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem NFZ nie ma obowiązku płacenia za świadczenia medyczne wykonane ponad limit przewidziany w kontrakcie, za wyjątkiem tych świadczeń które były wykonane w warunkach ratujących życie ludzkie. Omawiane sprawa nie dotyczy jednak tego typu zagadnienia. Sporne świadczenia medyczne nie były świadczeniami ponad limitowymi. NFZ nie odmówił zapłaty za te świadczenia. Spór zatem dotyczył nie tego czy Powodowi należy się zapłata za omawiane świadczenia, lecz wysokości tej zapłaty.

Powód wnosząc o zasądzenie większej opłaty za wykonane świadczenia medyczne nie tylko, że nie przedstawił żadnego dowodu na okoliczność prawa do większej zapłaty, ale nawet nie uzasadnił tego żądania w sposób dostateczny. Powód nie przedstawił, żadnej specyfikację kosztów. Twierdził natomiast, że należy mu się zapłata bo wykonał świadczenie w warunkach ratujących życie. NFZ jednak wcale temu nie przeczył bo nie to było istotą sporu. Drugim argumentem jakiego używał powód było to, że w pozostałych ośmiu, pozytywnie zweryfikowanych przypadkach, NFZ przyznał finansowanie w pełnej żądanej wysokości. Rzeczywiście tak było. Jest to jednak argument który nie mógł przesądzić o uwzględnieniu żądania pozwu.

Roszczenie pozwu zostało zatem oddalone jako nie udowodnione.

Roszczenie to zostało ponadto oddalone również z uwagi na brak podstawy prawnej do jego uwzględnienia. Zgodnie bowiem z treścią omawianego § 22 Zarządzenia wysokość wynagrodzenia ustala Dyrektor Oddziału (...) a jego decyzja jest ostateczna. Nie oznacza to, że Dyrektor Oddziału może określać finansowanie określonej usługi medycznej w sposób dowolny a ocena ta nie może być zweryfikowana przez Sąd. Jednak należy podkreślić, że decyzja Dyrektora jest decyzją uznaniową i zmiana tej decyzji może być dokonana jedynie po wykazaniu przekroczenia przez Dyrektora zasad swobodnej oceny dowodów, czego Powód żadną miarą nie dokonał. Co więcej nawet jeżeli specyfikacja kosztów jest prawidłowa i w ocenie Dyrektora koszty wykonania usługi są uzasadnione Dyrektor może odmówić finansowania danej usługi medycznej jeżeli w jego ocenie zapłata za to świadczenie może ograniczyć dostępność do świadczeń w zakresie, którego przedmiotowa zgoda dotyczy ((ust. 5 pkt 5 § 22) Oznacza to, że NFZ, która dysponuje określoną ilością środków finansowych, może odmówić finansowania świadczenia medycznego które jest zasadne, jednak z tego powodu, że świadczenie dane jest zbyt kosztowne. Zapłata zatem za uzasadnione świadczenie medyczne jednego pacjenta może doprowadzić do ograniczenia możliwości finansowania usług medycznych na rzecz innych pacjentów. W omawianej sprawie Dyrektor Oddziału ocenił żądanie zapłaty, w określonej przez Powoda wysokości, za świadczenia medyczne jako nie tylko niczym nie uzasadnione ale również jako wygórowane. Powód w żaden sposób nie wykazał błędu w ocenie Dyrektora.

O kosztach postępowania Sąd orzekł w oparciu o treść art. 98 k.p.c.

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w wyroku.